



Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова
Кафедра фармації



Науково-практична конференція
«ФАРМІННОВАЦІЇ: ВІД
ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ДО
НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ»

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

I науково-практичної конференції

«ФАРМІННОВАЦІЇ:
ВІД ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ
ДО НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ»

03 – 04 грудня 2024 р., м. Вінниця, Україна



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М. І. ПИРОГОВА
КАФЕДРА ФАРМАЦІЇ

**ФАРМІННОВАЦІЇ:
ВІД ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ДО
НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ**

*Збірник матеріалів I науково-практичної конференції
м. Вінниця, 03–04 грудня 2024 р.*

**Вінниця
2024**

УДК 615.1:378:001.89

Конференція зареєстрована в Українському інституті науково-технічної експертизи та інформації від 14 березня 2024 р. № 210

Фармінновації: від освітнього процесу до наукових досягнень : збірник матеріалів І наук.-практ. конф., 03–04 грудня 2024 р., м. Вінниця, ВНМУ. – Вінниця : Твори, 2024. – 260 с.

Організатор

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
кафедра фармації

Редакційна колегія та організаційний комітет:

Петрушенко Вікторія Вікторівна ректор ВНМУ ім. М. І. Пирогова, професор, голова організаційного комітету;

Андрушко Інна Іванівна проректор з науково-педагогічної роботи і міжнародних зв'язків, професор, заступник голови організаційного комітету;

Бобрук Володимир Петрович доцент, декан фармацевтичного факультету;

Кривов'яз Олена Вікторівна професор, завідувач кафедри фармації;

Балинська Марина Володимирівна доцент кафедри фармації;

Гуцол Вікторія Володимирівна доцент кафедри фармації;

Коваль Василь Миколайович доцент кафедри фармації;

Тозюк Олена Юріївна доцент кафедри фармації;

Томашевська Юлія Олександрівна доцент кафедри фармації;

Злагода Вікторія Сергіївна старший викладач кафедри фармації.

За зміст та достовірність матеріалів відповідальність несуть автори

Рекомендовано до друку Вченою радою
Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова
(протокол № 4 від 27 грудня 2024 р.)

ISBN 978-617-558-186-5

ЗАСТОСУВАННЯ α -АДРЕНОБЛОКАТОРІВ І ЇХ ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ (ДГП)

Барало І. В., Барало Р. П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця
raisa.baralo@gmail.com

Вступ. ДГП є поширеним захворюванням у чоловіків і зустрічається у понад 80% у чоловіків старше 80 років. Незважаючи на те, що трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРП) є золотим стандартом терапії для лікування ДГП та пов'язаних із нею симптомів нижніх сечових шляхів (СНСШ), багато пацієнтів бажають уникнути хірургічного втручання й замість цього обирають медикаментозне лікування.

Матеріали та методи дослідження. Вивчили доступні джерела сучасної медичної інформації та провели опитування урологів, членів Осередку Асоціації урологів України у Вінницькій області.

Результати та їх обговорення. Клас ліків, які найчастіше призначають для лікування СНСШ чи ДГП, складається з α -1 блокаторів, зокрема селективних антагоністів підтипу α -1A адренорецепторів (α 1-A-AR). Цікаво, що підтип α 1-A-AR експресується в простаті та серцево-судинних тканинах. Антагоністи α -AR діють шляхом блокування альфа-1A рецепторів в шийці сечового міхура, уретрі та простаті.

Вони також можуть впливати на альфа-1D-AR в детрузорі та спинному мозку, спричиняючи покращене розслаблення сечового міхура та зменшуючи надмірну активність детрузора, або на преюнкційні альфа-1-AR в сечовому міхурі, зменшуючи скорочення детрузора шляхом зменшення вивільнення ацетилхоліну. Альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин і силодозин є α -адреноблокаторами (α -АБ), які в даний час рекомендовані рекомендаціями Американської урологічної асоціації (AUA) і вважаються такими, що мають однакову клінічну ефективність. Препарати третього покоління, як правило, добре переносяться, а тамсулозин викликає менше побічних ефектів. α -АБ

другого покоління потребують титрування дози через їх антигіпертензивний ефект. Терапевтичний ефект α -АБ починається протягом декількох годин або днів, хоча зазвичай для досягнення максимального ефекту потрібно від 3 до 7 днів. До поширених побічних ефектів належать запаморочення, головний біль, закладеність носа, еректильна дисфункція та дисфункція еякуляції. Ці побічні ефекти зазвичай супроводжують терапевтичний ефект препаратів, є дозозалежними та зникають протягом кількох днів після припинення лікування. Існують невеликі відмінності в побічних ефектах і тривалості дії, які можуть виправдовувати використання одного над іншим, але ефективність усіх α -АБ порівнянна.

Усі вони мають попередження щодо ортостатичної гіпотензії та мають рекомендацію виключити рак простати перед початком лікування. Повідомлялося про рідкісні випадки пріапізму. Перехід з α -АБ другого покоління на третє покоління може допомогти уникнути ортостатичних симптомів і гіпотензії. Перехід між α -АБ третього покоління може бути корисним через відмінності між цими препаратами в ступені тиску в приносних пазухах, закладеності носа або змінах еякуляції, які пацієнти можуть відчувати під час їх прийому. Як не дивно, здається, що серед ліків немає чіткої закономірності щодо назальних симптомів, але багато урологів віддають перевагу альфузозину для зменшення симптомів еякуляції. Дозу багатьох альфа-блокаторів можна титрувати, щоб забезпечити додаткову терапевтичну користь, але часто з ризиком розвитку побічних ефектів, які вимагають ретельного спостереження. Пацієнти, які приймають альфа-блокатори, зокрема тамсулозин, і планують операцію з видалення катаракти, повинні бути проінформовані про можливий пов'язаний ризик інтраопераційного синдрому м'якої райдужки. Загалом доксазозин має вищу частоту побічних ефектів, ніж альфузозин, який, у свою чергу, має вищу частоту, ніж празозин, тамсулозин і теразозин. Альфузозин частіше спричиняє падіння, ніж будь-який інший альфа-блокатор. Згідно аналізу частоти розвитку побічних реакцій Альфузозин має вищу ймовірність

запаморочення, артеріальної гіпотензії порівняно з іншими α -АБ (за винятком доксазозину) і найвищий рівень падінь. Відносна спорідненість альфузозину з рецепторами альфа-1А та альфа-1В розподіляється більш рівномірно, ніж інші уроселективні α -АБ, які більше сприяють альфа-1А блокаді. Це може пояснити, чому альфузозин має більшу гіпотензію та побічні ефекти падіння, оскільки він сильніше пригнічує альфа-рецептори кровоносних судин, ніж його аналоги. У порівнянні з іншими α -АБ доксазозин несе значний тягар побічних ефектів. Він є менш селективним і впливає на більшу частку рецепторів альфа-1В, які знаходяться в основному в кровоносних судинах. Препарат викликає системний ефект зниження артеріального тиску. Артеріальну гіпотензію пов'язують із збільшенням частоти непритомності, падіння, запаморочення та можуть відігравати роль у головних болях. До недавнього часу медикаментозна терапія ДГП вважалася безпечною та ефективною. Однак нові дослідження показали, що деякі з цих ліків можуть мати значні нейрокогнітивні, психіатричні та сексуальні побічні ефекти, включаючи деменцію та депресію. Оскільки більшість пацієнтів, які приймають ці ліки, продовжуватимуть їх приймати протягом тривалого часу, лікарям важливо пояснити пацієнту ці потенційні ризики, перш ніж призначати їх для покращення якості життя. Рецептори альфа-1А присутні і в мозку, згідно даних досліджень загальний ризик деменції був значно вищим у когорті тамсулозину (тривалість терапії до 2 років) порівняно з когортою без лікування ДГП та кожною з когорт альтернативного лікування ДГП, яка включала доксазозин, теразозин, альфузозин, дугастерид і фінастерид. Іншим довготривалим побічним ефектом медикаментозної терапії ДГП є порушення статевої функції. Добре відомо, що в короткостроковій перспективі такі ліки, як α -АБ, можуть мати сексуальні побічні ефекти у вигляді дисфункції еякуляції. Однак останнім часом зростає занепокоєння, що деякі сексуальні побічні ефекти можуть виникнути пізніше і, можливо, бути постійними навіть після припинення прийому ліків. Як альфузозин, так і доксазозин спричиняли важку ринорею у пацієнтів, які приймали ліки від ДГП. Селективні α -АБ, такі як празозин і

доксазозин, є єдиним класом антигіпертензивних засобів, які можуть мати комбінований ефект зниження рівня холестерину ЛПНЩ, підвищення рівня холестерину ЛПВЩ і покращення чутливості до інсуліну, і вони можуть бути корисними додатковими препаратами для досягнення цільового АТ. У людей похилого віку та пацієнтів з діабетичною нейропатією α -АБ можуть викликати ортостатичну гіпотензію. Таким чином, ці препарати, як правило, не є частиною терапії першої лінії у пацієнтів з діабетом.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Постійний моніторинг несприятливих подій після схвалення ліків може забезпечити кращу оцінку несприятливих подій, є критично важливим компонентом оцінки профілів безпеки ліків у різних коморбідних пацієнтів. Вони можуть вказати, чи певні ліки мають вищий рівень ризиків розвитку побічних реакцій, або виявити, чи є побічна подія наслідком прийому даної групи ліків. Оцінка ефективності і нагляд за можливим розвитком побічних реакцій може бути продовжена в часі, враховуючи, що тривалість прийому цих препаратів деякими пацієнтами складає понад 15-20 років.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ХАРАКТЕРИЗУЮЧИХ РІВНІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ЕНДОТОКСИКОЗ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛАСКИЙ ЛИШАЙ

Бондар С. А., Мельник Т. В., Гармаш Л. Л., Пічкур О. М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

bsa65d@gmail.com

Червоний плаский лишай(ЧПЛ) - хронічне мультифакторне захворювання з характерними проявами на шкірі та слизових, в основі якого доведена взаємодія спадкових, імунних та метаболічних факторів. Різноманіття клінічних форм та варіабельність перебігу ЧПЛ, які стійкі до призначеної терапії, нерідко тривала втрата працездатності, виразний негативний вплив дерматозу на якість життя переконують у необхідності подальшого вивчення клінічних, епідеміологічних,

<i>Барало І. В., Барало Р. П.</i> ЗАСТОСУВАННЯ α -АДРЕНОБЛОКАТОРІВ І ЇХ ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ (ДГП).....	147
<i>Бондар С. А., Мельник Т. В., Гармаш Л. Л., Пічкур О. М.</i> ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ХАРАКТЕРИЗУЮЧИХ РІВНІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ЕНДОТОКСИКОЗ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛАСКИЙ ЛИШАЙ.....	150
<i>Бродська Е. В., Макаренко О. В.</i> ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕННЯ НА ФОНІ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ.....	152
<i>Вознюк Л.А.</i> ВИКОРИСТАННЯ ЕПЛЕРЕНОНУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА.....	153
<i>Гладких Ф. В.</i> ОЦІНКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ БЕЗКЛІТИННИХ КРІОКОНСЕРВОВАНИХ БІОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ ЗА ІНТЕНСИВНІСТЮ ЦИТОЛІТИЧНОГО СИНДРОМУ.....	154
<i>Горох Р. І.</i> СТВОРЕННЯ ІНСТРУМЕНТУ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НОВИХ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИКОАГУЛЯНТІВ У ВІТЧИЗНЯНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	156
<i>Губернюк І. М., Терещенко Л. В., Корж Ю. В.</i> АНАЛІЗ ПРИЧИН НЕРАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ.....	158
<i>Гуцол В. В., Покидько М. І., Гром'як А. Р.</i> ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛАКТУЛОЗИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РОЗШИРЕНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПЕЧІНКИ З МЕТОЮ ЗМЕНШЕННЯ ПРОЯВІВ ГОСТРОЇ ПОСТОПЕРАЦІЙНОЇ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.....	160
<i>Дабло Т. В., Олійник С. В., Марченко М. В.</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АКНЕ.....	162
<i>Демянюк С. В., Таран О. А.</i> ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТРОМБОФЛІЇ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ВТРАТИ ПЛОДА В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	164
<i>Дорошкевич І. О., Жамба А. О., Семененко С. І., Барало Р. П., Вітрук Т. К.</i> АНТИАНДРОГЕНИ У ЛІКУВАННІ АКНЕ.....	166
<i>Дронік М. Ю., Стасевич М. В.</i> НОВІ ГОРИЗОНТИ ДЛЯ ДИКЛОФЕНАКУ: ПОТЕНЦІАЛ У ТЕРАПІЇ ЗА МЕЖАМИ ТРАДИЦІЙНОГО ЗАСТОСУВАННЯ.....	168
<i>Крикус О. Ю., Щербенюк Н. В., Коновалова Н. В.</i> ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА ЯК СКЛАДОВА ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ.....	169
<i>Кришина А. О., Дякова О. В.</i> АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ.....	171
<i>Мазигула А. О., Негода Т. С., Полова Ж. М., Савченко Д. С.</i> ОГЛЯД РЕКОМЕНДАЦІЙ ЛІКАРІВ ЩОДО ЛІКУВАННЯ ОТИТІВ.....	173
<i>Маклюк Х. А., Негода Т. С., Полова Ж. М., Савченко Д. С.</i> РОЗРОБКА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОЇ МОДЕЛІ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ.....	174
<i>Маслоїд Т. М., Шипіцина М. О., Шипіцина О. В.</i> НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ У ВИКОРИСТАННІ КЕТАМІНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ.....	176
<i>Маслоїд Т. М., Токарчук М. В., Штельмах М. О.</i> ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ НООТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ.....	178